euroteknika, une solution globale pour l'implantologie



Dossier
PATIENT

Nom : ______________________________

____

Prénom : ______________________________

____

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __

Adresse : ______________________________

____

____

Tél./Portable : ______________________________

____

Praticien responsable du suivi :

____

N° carte professionnelle ordinale:

____

Implantation

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Empreinte

__ __ / __ __ / __ __ __ __

Mise en charge

__ __ / __ __ / __ __ __ __

euro teknika
GROUPE



Notes

Relation Patient

- Consentement éclairé ☐
- Copie ordonnance ☐
- Devis ☐
- Courrier correspondant ☐

Étude pré-implantaire

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-IMPLANTAIRE

Nom

Prénom

Votre âge | Votre taille | Votre poids

Votre médecin traitant

Adresse

N° de téléphone

Date de votre dernière visite chez un dentiste	/ /
Date de votre dernière visite chez un médecin	/ /
Date de votre dernier bilan de santé	/ /
Prenez-vous actuellement des médicaments	○oui ○non
Si oui, lesquels et pour quels traitements (les citer tous sans exception) :	○oui ○non
Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?	○oui ○non
Si oui, lesquelles et quand ?	
Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ?	○oui ○non
Si oui, de quel type ?	
Présentez-vous des risques d'athérosclérose ?	○oui ○non
Si oui, prenez vous des médicaments anticoagulants ?	○oui ○non
Votre sang a-t-il du mal à coaguler ?	○oui ○non
Présentez-vous une maladie du sang ?	○oui ○non
Présentez-vous de l'hypertension artérielle ?	○oui ○non
Quelle est votre tension habituelle ?	
Si oui, est-elle équilibrée par votre traitement ?	○oui ○non
Souffrez-vous d'une déficience immunitaire grave ou liée à une greffe ?	○oui ○non
Avez-vous été transfusé ?	○oui ○non
Êtes-vous diabétique ?	○oui ○non
Si oui, votre diabète est-il insulinodépendant ?	○oui ○non
Votre diabète est-il équilibré par votre traitement ?	○oui ○non
Quel est votre taux de glycémie habituel ?	
Avez-vous des carences en vitamine D ?	○oui ○non
Souffrez-vous d'un désordre hormonal ou rénal sévère?	○oui ○non

Avez-vous eu les maladies ou affections suivantes ?

Jaunisse	○oui ○non	Hépatite	○oui ○non	Drépression	○oui ○non
Tuberculose	○oui ○non	Glaucome	○oui ○non	Coma	○oui ○non
Ulcère / Duodenum	○oui ○non	Désordres prostatiques	○oui ○non	Rhumatisme articulaire aigu	○oui ○non
Diabète	○oui ○non	Eczéma	○oui ○non	Anémie	○oui ○non
Asthme	○oui ○non	Épilepsie	○oui ○non	Polio	○oui ○non

Avez-vous subi une radio ou chimiothérapie ?	○oui ○non
Avez-vous subi un traitement par rayon au niveau cervico-facial ?	○oui ○non

Avez-vous eu ou avez-vous une hépatite virale ?	○oui ○non
Si oui, laquelle ?	
Avez-vous eu un bouton de fièvre herpétique ?	○oui ○non
Êtes-vous séropositif ou atteint du virus du SIDA ?	○oui ○non

euro teknika GROUPE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-IMPLANTAIRE (suite)

Souffrez-vous d'ostéoporose ? ◯oui ◯non
Si oui, quel médicament prenez-vous ?
Avez-vous eu une prothèse articulaire ? ◯oui ◯non

Avez-vous des réactions anormales à ces produits (allergies...) ?
Antibiotiques ◯oui ◯non — Latex ◯oui ◯non — Aspirine ◯oui ◯non
Antalgiques ◯oui ◯non — Iode ◯oui ◯non — Anesthésiques ◯oui ◯non
Anti-inflammatoires ◯oui ◯non — Autres, lesquels ?
Avez-vous déjà eu recours à la prise de biphosphonates ? ◯oui ◯non
Si oui, quand ?

Fumez-vous ? ◯oui ◯non
Si oui, combien de cigarettes par jour ?
Consommez-vous régullièrement de l'alcool ? ◯oui ◯non
Si oui, combien de fois par semaine ?
Consommez-vous régulièrement des substance à accoutumance autre qu'alcool ou tabac ? ◯oui ◯non

Vomissez-vous facilement ? ◯oui ◯non
Avez-vous de fréquents et forts maux de tête ? ◯oui ◯non

Souffrez-vous de troubles nerveux ? ◯oui ◯non
Souffrez-vous de malaises ? ◯oui ◯non
Souffrez-vous de convulsions ? ◯oui ◯non
Souffrez-vous d'irritabilité ? ◯oui ◯non
Souffrez-vous d'autres maladies ou affections non répertoriées dans ce questionnaire ? ◯oui ◯non
Si oui, lesquelles ?
Avez-vous quelque chose à ajouter sur votre état de santé général ? ◯oui ◯non
Si oui, laquelle ?

Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale ? ◯oui ◯non
Si oui, lesquelles ?
Avez-vous présenté des complications au cours de soins dentaires ? ◯oui ◯non
Si oui, lesquelles ?
Avez-vous déjà présenté des accidents à la suite ou pendant une extraction dentaire ? (saignement prolongé, avéolite...) ◯oui ◯non
Si oui, lesquelles ?
Avez-vous tendance à grincer des dents ? ◯oui ◯non

Questionnaire complémentaire pour les patients féminins

Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? ◯oui ◯non
Si oui, à quel mois de grossesse en êtes-vous actuellement ?
Prenez-vous une contraception ? ◯oui ◯non
Êtes-vous ménopausée ? ◯oui ◯non
Prenez- des hormones substitutives ? ◯oui ◯non
Avez-vous subi une hystérectomie ? ◯oui ◯non

Je sousigné, ,
déclare avoir répondu à ce questionnaire sans dissimulation et avec le désir de le renseigner pour qu'on me donne les soins les plus appropriés. Dans le cas où des changements se produiraient dans mon état de santé ou si de nouveaux faits touchant à elle m'étaient connus, je m'engage à en avertir sans tarder la personne qui m'a fait remplir ce questionnaire.

Fait à
Signature précédée de la mention «lu et approuvé»

Étude pré-implantaire

MOTIVATION DU PATIENT :

- Préconnaissance ☐
- Compréhension du traitement ☐
- Bon état psychologique du patient ☐

ÉTIOLOGIE DE L'ÉDENTEMENT :

- Carie ☐
- Traumatisme ☐
- Maladie parodontale ☐
- Problème endodontique ☐

TYPE D'ÉDENTEMENT :

- Unitaire ☐
- Partiel ☐
- Complet ☐
- Maxillaire ☐
- Mandibulaire ☐

EXAMENS CLINIQUES :

Examen exo-buccal :

- Ligne du sourire ☐
- Soutien des lèvres ☐

Examen endo-buccal :

- Ouverture buccale ☐
- Qualité de l'hygiène ☐
- Fistule, abcès, suppuration ☐
- Problèmes du parodonte ☐
- Résorption osseuse verticale ☐
- Espace prothétique intercrête ☐
- Largeur mésio-distale ☐

Examen fonctionnel :

Bruxisme : faible ☐ modéré ☐ sévère ☐

Classe d'occlusion : 1 ○ 2 ○ 3 ○

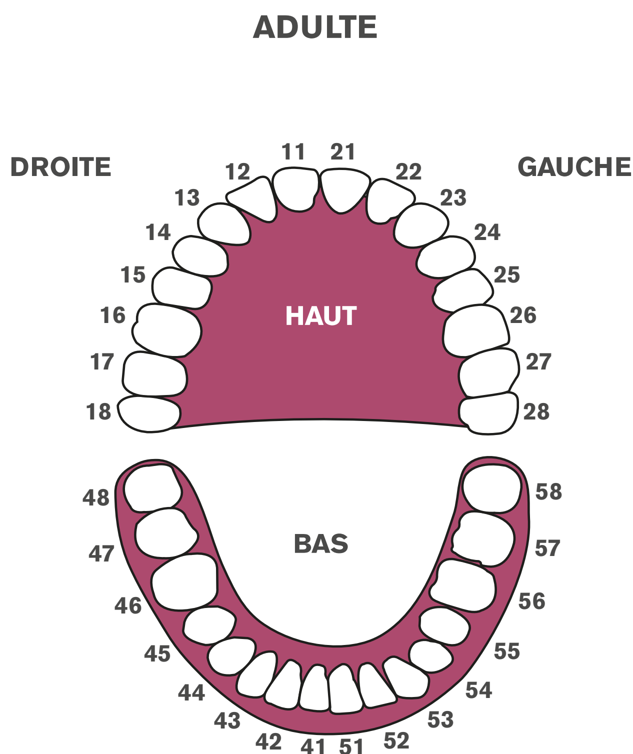
PLANIFICATION :

DATE :

euro teknika GROUPE

Étude pré-implantaire

11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	



21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	

41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	

31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE :

- Kystes ☐
- Proches parodontales ☐
- Problèmes endodontiques ☐
- Autres... ☐

ESPACE MÉSIO-DISTAL (E) :

Secteur	E	Annotation

HAUTEUR OSSEUSE DISPONIBLE (Ht) :

Secteur	Ht	Annotation

CONSEILS :

Post-opératoires :

Pré-opératoires :

ORDONNANCE :

Copie de votre ordonnance

Phase chirurgicale

TRAITEMENT PRÉ-IMPLANTAIRE ET IMPLANTAIRE :

Greffe(s) osseuse(s) :

- ☐ Autogène(s) — Date : / /

- ☐ Allogreffes(s) — Date : / /
- ☐ Xénogrefre(s) — Fabriquant :

N° de lot :

- ☐ Hétéreogreffe(s) — Date : / /

Type de matériau / origine :

Position :

☐ Avec membrane ☐ Sans membrane

☐ Résorbable ☐ Non résorbable

☐ PRF

Extraction :

Date : / /

Aménagement des tissus mous :

PROTOCOLE CHIRURGICAL :

Mise en place du(es) implant(s) et du(es) pilier(s) de cicatrisation :

Nom du praticien poseur :

N° d'enregistrement national :

(si différent du praticien responsable du suivi indiqué page 1)

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

Secteur :

traçabilité implant et pilier de cicatrisation

D* 1 2 3 4
SR** Oui / Non
DO*** Oui / Non
Couple : ……N.cm

Pilier de cicatrisation

Ø mm

Ht mm

*D = Densité osseuse **SR = Stabilité Rotationnelle ***DO = Défaut Osseux

Compte-rendu opératoire

Instrumentation utilisée

TROUSSE DE CHIRURGIE

Référence / désignation :

AUTRE

Pilier(s) prothétique(s)

Mise en charge : Date : / /

☐ Immédiate ☐ Différée

Durée mise nourrice / ostéointégration :

MISE EN PLACE DU PILIER :

(vissé sur l'implant, connexion tournevis standard hexagone de 1,2 mm, vis titane)

Secteur :	**Secteur :**	**Secteur :**	**Secteur :**
Couple serrage : N.cm	Couple serrage : N.cm	Couple serrage : N.cm	Couple serrage : N.cm
traçabilité	traçabilité	traçabilité	traçabilité
Secteur :	**Secteur :**	**Secteur :**	**Secteur :**
Couple serrage : N.cm	Couple serrage : N.cm	Couple serrage : N.cm	Couple serrage : N.cm
traçabilité	traçabilité	traçabilité	traçabilité

Prothèse(s) supra-implantaire(s)

Nom du laboratoire :

Adresse :

CARACTÉRISTIQUES DE LA PROTHÈSE :

☐ Couronne scellée ☐ Couronne vissée
☐ Bridge scellé ☐ Bridge vissé
☐ Complet scellé ☐ Complet vissé
☐ Complet amovible
Si pilier boule : ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 shores

Commentaires :

MATÉRIAU DE LA PROTHÈSE :

☐ Céramo-métalique ☐ Céramo-céramique ☐ Résine
☐ Or ☐ Non précieux

Suivis radiographiques

POSE DES IMPLANTS

Commentaires

Radiographies

DÉBUT DE LA MISE EN CHARGE

Contrôle ostéointégration 

Commentaires

Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :

SUIVI

Contrôle ostéointégration 

Commentaires

Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :

SUIVI

Contrôle ostéointégration 

Commentaires

Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :

SUIVI

Contrôle ostéointégration 

Commentaires

Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :
Implant en :	Implant en :

Correspondant

Correspondant :

Courrier correspondant ☐

Compte-rendu correspondant ☐

euroteknika
726 rue du Général De Gaulle - 74700 SALLANCHES - France
Tél. : **+33 (0)4 50 91 49 20** - Fax : **+33 (0)4 50 91 98 66**
sales@euroteknika.com - **www.euroteknika.com**

